

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 1944

Raymond GUIBERT

né à Châteaubriant (Loire-Inférieure)

le 20 juillet 1915

**Sur certains états
hypocondriaques réactionnels
à la captivité**

*Travail du service du Professeur agrégé E. CARROT
(Val-de-Grâce)*

Président : M. GUILLAIN, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1946

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 1944

Raymond GUIBERT
né à Châteaubriant (Loire-Inférieure)
le 20 juillet 1915

**Sur certains états
hypocondriaques réactionnels
à la captivité**

*Travail du service du Professeur agrégé E. CARROT
(Val-de-Grâce)*

Président : M. GUILLAIN, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1946

DOYENS HONORAIRES (1) :

MM. H. Roger, Balthazar, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sebileau, Sézary, Tanon et Villaret.

DOYEN..... BAUDOUIN.

ASSESSEUR..... Léon BINET.

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Assistance médico-sociale.....	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	N...
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
	CHABROL.
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY- RADOT
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

(1) Personnel au 1^{er} janvier 1946.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	JUSTIN - BESANÇON (L.).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Stomatologie	DECHAUME.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE G.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BRULE (*Médecine générale*), DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*), HALPHEN (*Orl.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), LEVY (Mlle J.) (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*), RICHET (*Physiologie*).

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER. N...	Médecine générale ...	GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG. LENEGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIE.
Anatomie patholog. ...	DELARUE. GAUTHIER- VILLARS (Mlle).	Médecine légale.....	DESAILLE. DIGONNET. LACOMME. SUREAU.
Bactériologie	BONNET.	Obstétrique	N... RENARD.
Chimie médicale.....	ETTORI. AMELINE. FEVRE. FUNCK-BRENTANO.	Ophthlalmologie	N...
Chirurgie générale ...	MENEGAUX. PATEL. SICARD. N... N... N...	Oto-rhino-laryngol. ..	N...
Histologie	BULLIARD.	Parasitologie	LAVIER.
Hydrologie	N...	Parasitologie coloniale	N...
Hygiène	N... BARIETY. BOULIN.	Pathologie expérim...	LEMAIRE. N... N... N...
Médecine générale ...	BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.	Pharmacologie	N... N... N...
		Physiologie	N... N...
		Physique médicale ..	DESGREZ (H.).
		Thérapeutique	TURPIN.
		Urologie	COUVELAIRE.

RAPPELÉS A L'EXERCICE III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

pour le service des examens

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	{	GATELLIER.	Clinique oto-rhino-la- ryngologique
		DE GAUDART D'ALLAINES.	HALPHEN.
Clinique obstétricale.		ECALLE.	CHEVALLIER.

V. - CHARGÉS DE COURS

	M.		M.
Puériculture	LELONG (<i>Agr.</i>).	Radiologie	LEDOUX- LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.....	D ^r A. HAHN.
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES PARENTS

*A qui je dois tout. Qu'ils veuillent bien
trouver ici toute ma reconnaissance et la
marque de ma plus tendre affection.*

A MON FRERE

Ancien prisonnier de guerre.

ET A SA FAMILLE

Avec ma grande affection.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur de présider cette thèse.*

Hommage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. CARROT

Professeur Agrégé au Val-de-Grâce.

*Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.
Nous le prions de croire à toute notre gra-
titude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. BACHET

Médecin-Assistant au Val-de-Grâce.

*Qui a bien voulu nous aider de ses conseils
dans l'élaboration de ce travail.*

Nous le prions de croire à notre respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Membre de l'Académie de Médecine,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes.

A qui nous sommes attaché par un souvenir qui nous a fait apprécier la distinction de sa valeur scientifique.

Avec toute notre reconnaissance et notre plus profond respect.

A NOTRE MAÎTRE, LE PROFESSEUR LAMACHE

Dont nous avons été l'Externe.

En témoignage de profonde reconnaissance pour tout ce que nous avons acquis grâce à son enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre amitié très respectueuse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIERAS

Dont nous avons été l'Externe.

Avec nos respects.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRAND

Ancien Interne des Hôpitaux de Lille,

Chirurgien de l'Hôpital de Dinan.

Dont nous avons été l'Interne.

*Qu'il veuille bien trouver ici la marque de
notre attachement pour ses conseils précieux
ainsi que notre très respectueuse sympathie.*

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MES CAMARADES DU 148^e R. I. F.

En souvenir ému de mai 1940.

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ

A MES AMIS :

EMILE LELIEVRE

En captivité.

MARCEL LAURENT

DOCTEUR GUY HENRY

Engagé volontaire dans la Division Leclerc.

Pouvons-nous trouver les mots qui expriment toute notre grande amitié.

A MES CAMARADES :

MÉDECIN SOUS-LIEUTENANT JACQUES RAFFRAY

En captivité.

DOCTEUR ANDRÉ MEGE

Avec notre souvenir le meilleur et le plus cordial.

INTRODUCTION

Nous avons pu, dans le service du professeur agrégé E. CARROT, au Val-de-Grâce, examiner quelques malades et consulter des observations de sujets atteints de syndromes hypochondriaques. Sur les conseils du docteur M. BACHET, nous avons pensé faire œuvre utile en consacrant le sujet de notre thèse à l'étude de quelques-uns de ces malades. Voici quelles en sont les raisons :

Les syndromes hypochondriaques sont parmi les plus fréquents chez les rapatriés et en réunir quelques-uns c'est apporter une petite contribution à cette gigantesque et douloureuse expérience psychopathologique à l'étude de laquelle le docteur CARROT et ses collaborateurs se consacrent depuis que le service de neuro-psychiatrie reçoit les prisonniers d'Allemagne ; on réunit plus de un million de soldats français et on les rapatrie quand ils présentent un état pathologique tel qu'il est incompatible avec un travail utile.

Les conséquences multiples au point de vue psychopathologique seront bientôt dans l'œuvre du professeur E. CARROT et de ses collaborateurs.

Nous nous sommes largement inspiré du travail du docteur M. BACHET sur *Nostalgie et Psychoses nostalgiques* destiné à la Société psychologique, travail qu'il a bien voulu nous communiquer. Certaines observations, un assez grand nombre d'idées concernant la genèse des états hypochondriaques, des signes qui leur sont associés, lui sont empruntés.

Il nous a aussi montré comment, de tous temps, nostalgie et hypochondrie ont été associées.

Voici ce qu'écrivait ZIMMERMAN en ce qui concerne ces rapports : « Un Suisse du canton de Berne qui, avant moi, avait étudié la médecine à Gottingue, s'imagina que l'aorte allait lui crever et n'osait pas quitter sa chambre pour cette raison, mais le même jour qu'il fut rappelé par son père, il parcourut tout Gottingue en joie, prit congé de toutes ses connaissances et trois jours après monta avec une allégresse extrême au haut des cascades de Cassel, tandis que deux jours auparavant il pouvait à peine respirer en montant le plus petit escalier. Son père l'envoya ensuite à l'Université de Bâle, et de là dans le pays français du canton de Berne, le plus beau pays de l'Europe situé le long du lac de Genève. Il y fut attaqué de nouveau de son ancienne maladie du pays : il se porte maintenant très bien. »

BUISSON, en 1818, dans sa thèse présidée par PERCY, fait allusion à des formes hypochondriaques de la nostalgie à propos du traitement de cette maladie : « Si la nostalgie devait donner naissance à la crainte d'être atteint d'une affection grave régnante, il fau-

draît éloigner le malade du danger ; on pourrait même lui administrer quelques remèdes propres à lui persuader qu'il était atteint de la maladie, mais que les moyens que l'on a employés en ont neutralisé les effets et l'ont mis hors de toute atteinte. »

En 1820, E.-H. CHEVALIER, dans sa thèse *Dissertation sur l'hypochondrie*, signale l'hypochondrie chez les esclaves, chez les Européens, et les nègres faits esclaves à un âge où l'on peut apprécier ses propres malheurs.

En 1832, FRAGENT, dans son traité de Médecine navale, au chapitre traitant du moral des équipages, plaça l'hypochondrie à côté de la nostalgie, mais alors que la nostalgie banale serait plutôt le fait des marins, l'hypochondrie se rencontre plus spécialement chez les officiers. Mais il admet que « la nostalgie est une cause fréquente à l'hypochondrie » et il signale comme symptômes communs : l'inquiétude, la pesanteur de tête, les vertiges, les tintements d'oreille, le jeu d'attirance sexuelle.

En 1833, DUBOIS (d'Amiens) écrit dans son histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie à propos de la nostalgie : « Cet état nous paraît tellement analogue aux symptômes primitifs de l'hypochondrie que nous le regardons comme une des variétés de cette maladie. Cette variété a une cause spéciale et c'est à cette cause qui lui donne son cachet de spécialité qu'est due son apparente individualité ; du reste sa nature est la même que celle de l'hypochondrie. Un jeune docteur de l'école de Paris qui

a particulièrement étudié la nostalgie chez les marins a été amené à faire le même rapprochement. »

Plus près de nous, R. EXNER, étudiant la psychologie et la psychopathologie du prisonnier de guerre sibérien, écrit : « La phobie de la syphilis joue un grand rôle ; la contagion étant impossible du fait de l'internement, le malade cherche d'autres raisons. Le plus souvent c'est le rasoir du coiffeur du camp, le verre dans lequel on avait bu, en un seul cas le malade parla de rapports sexuels remontant à trois ans et qui alors, pour une raison ou pour une autre, n'auraient pas donné les symptômes syphilitiques. Dans quelques cas les conceptions hypochondriaques amenèrent à l'aide de lectures médicales à des états nocturnes très agités. C'est ainsi qu'un enseigne hongrois, en grand désespoir, demandait à une heure du matin le médecin de nuit de garde à l'hôpital ; il parlait à peine allemand et expliquait que ce qu'il craignait depuis longtemps était arrivé cette nuit-là : « le coiffeur l'avait infecté », il sentait la syphilis dans le pénis et le rectum, les testicules et le rectum avaient brusquement durci. Les traces de pollution que le malade avait indiquées dans le sens de sa conception hypochondriaque étaient encore visibles. Les mesures prises par le médecin de service ne calmèrent pas le malade et à trois heures du matin on alla chercher le médecin en chef du camp. »

OBSERVATIONS

Obs. N° 1. — Soldat R..., 36 ans.

Sujet de petite taille, au nez aplati, petite asymétrie faciale. Peu instruit, presque illettré, était cependant avant-guerre un ouvrier cordonnier habile, gagnant bien sa vie. Veuf sans enfants. A toujours été timide, hyperémotif, parfois souffre-douleur de gens mal intentionnés.

Pas d'antécédents psychopathiques personnels ou familiaux.

L'examen physique ne montre pas de maladie organique : T.A. : 13-8 ; B.W. sang négatif ; urée sanguine : 0 gr. 22 par litre.

* Résultats de la ponction lombaire : 0,5 éléments blancs, 0 gr. 26 d'albumine, B.W. négatif, Benjoin 00000 — 00000 — 00000.

Radiographie pulmonaire : transparence pulmonaire sensiblement normale.

HISTOIRE DE LA CAPTIVITÉ. — Dès le début supporta les chocs, les émotions de la servitude en ne pouvant réagir que par la peur : « J'avais toujours peur qu'ils me fusillent. » Des épisodes pénibles l'avaient d'ailleurs sensibilisé et avaient fait naître un fond de terreur permanente en même temps qu'ils produisaient une véritable « anaphylaxie émotionnelle » (1).

Il est emmené à pied en Allemagne dès le début de

(1) Expression employée par VOIVENEL à propos des troubles chroniques hyperémotifs de la guerre 14-18.

sa captivité, et sur les routes du Nord il voit abattre des camarades qui, épuisés, ne pouvaient plus avancer. Un peu plus loin, on exécuta deux Sénégalais de son groupe sous ses yeux.

Il pense : « On va tous y passer », ne réagit par aucun raisonnement favorable. Il reçoit de nombreux coups de crosses avec les plus sombres pressentiments. Tout augmenta quand on fait passer les prisonniers un par un dans un passage étroit : « C'est sûrement pour nous fusiller. »

Ce grand choc émotif du début, malgré les circonstances rassurantes qui ont suivi, l'a péniblement atteint. Il demeure hyperémotif, prompt aux angoisses, craignant des sanctions sous le moindre prétexte, terriblement soumis.

Dans un premier Kommando de ferme, cependant, l'atmosphère est assez favorable. Son anxiété diminue, il est assez bien nourri, entretient des relations assez cordiales avec le personnel allemand de cette ferme : « Je me suis senti revivre. »

Il se fait tatouer par un camarade sur la poitrine une scène africaine représentant une palmeraie et des chameaux, sur le bras droit une palme, sur le bras gauche une tête de femme avec la mention « Titine ».

Puis il est employé dans un atelier où il exerce son métier de cordonnier. Il n'a pas d'autres sujets d'anxiété aiguë, mais le travail est dur ; dix heures par jour avec un rendement imposé. Travail subi, qui ne rapporte rien au malade, qui ne correspond à aucun but personnel. La discipline est sévère, stricte, il ne dispose que de peu de ressources personnelles pour la tourner, il la subit complètement, réglementairement et use insensiblement sa

résistance. Sa monotonie, les restrictions imposées à la libre expansivité se doublent à des déceptions collectives successives ; espoirs déçus provoqués par la nouvelle de la relève, par la propagande vichyssoise... etc. Le malade était, à son arrivée, porteur d'un calendrier distribué par les Allemands portant comme illustrations alternativement des monuments français et allemands et enfin de multiples citations dont les suivantes :

« Quant à la collaboration offerte au mois d'octobre 1940 par le chancelier du Reich dans des conditions dont j'ai apprécié la grande courtoisie, elle est une œuvre de longue haleine et n'a pu porter encore tous ses fruits. »

« Il faut surmonter le lourd héritage de méfiance, légué par les siècles de dissension et de guerre pour nous orienter vers les réalités objectives que peut ouvrir à notre activité un continent réconcilié. »

« Ph. Pétain, le 12 août 1941. »

Malgré tous ces espoirs donc, son sort reste le même et lui pèse de plus en plus.

Au milieu de 1943 cependant, il obtient l'autorisation de sortir librement sur le territoire de la ville. Il fait connaissance d'une femme belge, la rencontre, et après un mois de fréquentations, a avec elle des rapports sexuels. Ces relations durent environ un mois et demi jusqu'à ce qu'il contracte un échauffement. Très anxieux, il consulte plusieurs médecins qui le rassurent, lui affirmant qu'il n'a pas de blennorragie ; néanmoins l'un d'entre eux paraît l'avoir finalement traité par des lavages au permanganate et l'absorption de sulfamides.

A partir de ce moment, il devient terriblement an-

xieux, fébrilement terrorisé : « J'étais si inquiet que j'en étais presque fou ».

Tout s'aggrave après avoir suivi le conseil de camarades de se masturber « pour faire sortir la pourriture » (*sic*). Cette manœuvre aggrave au contraire son état. « Aussitôt après je me suis aperçu que ma verge devenait toute blanche comme si elle était paralysée » (*sic*). L'anxiété est permanente, à peine soulagée par quelques crises de larmes présentant des paroxysmes hyperthymiques au cours desquels il ébauche quelques tentatives de suicide, ce qui finit par motiver son rapatriement.

Il importe de retenir qu'en 1939, c'est-à-dire avant la captivité, ce malade avait eu une blennorragie certaine celle-là, soignée à l'hôpital Saint-Louis et rapidement guérie, mais qui s'était déroulée sans provoquer aucune anxiété pathologique. Ce rappel est précieux pour montrer combien l'épuisement émotif dû à la captivité a joué un rôle important dans la genèse de ce véritable délire hypochondriaque.

OBSERVATION DU MALADE AU RETOUR EN FRANCE. —

Dès son arrivée du train sanitaire, le malade est immédiatement dirigé, après examen médical, vers le service fermé de l'isolement.

En effet, non seulement toute joie du retour paraît absente, mais le malade offre tous les signes d'une anxiété trémulante. La peur, l'anxiété déterminent une légère protension du maxillaire inférieur en avant, l'ouverture large des globes oculaires, une expression fixée invariable dans le même sentiment qui est permanent, les gestes sont à la fois parcimonieux et rares et d'autre part surgissent comme par saccades explosives, rapides,

peu contrôlées. La parole surtout présente une véritable et intense dysarthrie du fait d'un tremblement anxieux. D'emblée, les idées délirantes sont exprimées sans la moindre réticence dès l'interrogatoire d'identité, il les exprime d'une voix tremblante et saccadée : « Je suis un homme foutu, ça ne reviendra jamais ! » Sans qu'on lui demande, il nous montre ses bourses : « Vous voyez, c'est mort, c'est mort. »

Au cours de l'observation prolongée, le délire se confirme. Il est parfaitement systématisé, permanent, pur. Il n'y a pas d'idées d'auto-accusation, de culpabilité, pas de douleur morale profonde du type mélancolique avec ralentissement des facultés intellectuelles, pas de syndrome cataleptique, pas rare chez certains anxieux avec une atteinte plus marquée de la personnalité, aucune hallucination, pas d'anxiété entendue, pas d'interprétation délirante de type mélancolique.

Le délire est parfaitement organisé et parfaitement systématisé ; il est partiel, ne s'accompagnant pas de troubles de la personnalité ; tout au plus une prédominance nocturne de l'anxiété indique-t-elle peut-être une petite tendance à l'onirisme, mais il n'existe pas de phénomènes oniriques nets.

Il est à base de cenestopathies génitales ; sa verge est paralysée, ses testicules sont morts, il n'y a qu'à le regarder. « Vous voyez comme c'est blanc, tout est mort. » Il s'est trop masturbé, les parties ont fait un demi-tour sur elles-mêmes et il est maintenant inapte pour les femmes.

Des examens génito-urinaires furent pratiqués par le spécialiste, le premier afin d'éliminer toute séquelle possible d'une affection réelle, les suivants dans un but

psychothérapique pour rassurer le malade. Ils furent tous négatifs.

L'état était assez variable d'un moment à l'autre ; le délire opérait par bouffées d'anxiété, avec apparition de tremblement de dysarthrie, de peur presque paralysante, avec refus d'aliment passager, avec menaces de suicide impulsives réfrénées. « Je suis trop lâche pour me suicider, si j'étais assez courageux je l'aurais fait depuis longtemps. »

Les circonstances psychologiques favorables exercent une influence incontestable et le malade est sensible aux bonnes paroles, aux discours rassurants. Un événement se produit qui agit nettement en sa faveur : un couple de bienfaiteurs s'intéressant aux prisonniers sans famille l'adopte, lui rend de fréquentes visites, l'accompagne au cours de quelques sorties dans le parc et en ville. A toutes ces circonstances, il est très sensible : les crises d'anxiété disparaissent peu à peu, l'anxiété permanente est peu marquée, cependant les convictions délirantes sont aussi fermes. Malheureusement ses bienfaiteurs ne disposent pas de locaux ni de moyens pour l'héberger le temps d'une convalescence ; il en ressent un vif chagrin qui détermine un retour offensif de l'anxiété. Au mois d'août il sollicite un engagement dans les F.F.I. pour aller se faire tuer : « Je sens bien que je suis perdu. »

Comme cette permission lui est refusée, il s'évade de l'hôpital et se suicide en se jetant dans le canal Saint-Martin.

Obs. N° 2. — Soldat C..., 35 ans.

Ouvrier lillois. Parle avec un accent local très marqué, chez lui on emploie avec sa famille le patois. Vie

pauvre dans sa jeunesse, famille de sept enfants dont le père est tué pendant la guerre de 1914-18. N'a jamais quitté sa ville natale en dehors de ses obligations militaires. Doux, affectueux, timide. S'adapta mal aux habitudes acquises ; son service militaire à Reims est l'occasion d'un épisode nostalgique. Il a eu un « très gros cafard » et a été triste pendant six mois ; peu à peu cependant il s'est remonté.

Très sentimental, s'est marié à 22 ans, très épris de sa femme. Mène depuis une vie familiale très régulière.

HISTOIRE DE LA CAPTIVITÉ. — Emmené aussitôt en Pologne, il y subit une dénutrition marquée, maigrit beaucoup, tombe de faiblesse deux fois de suite ; autour de lui de nombreux camarades ont des œdèmes de dénutrition. Après quelques mois, sa situation s'améliore, il reçoit des colis et est mieux alimenté au cours du séjour en Kommando de ferme.

Dès le début, est déprimé ; les inquiétudes à thème nostalgique sont constantes. Il croit fermement aux promesses rééditées de libération après trois mois et est très déçu. « Ils veulent le garder », le cafard progresse ; en 1942, son sommeil est déjà très troublé.

Cette même année, il fait la connaissance d'une Polonaise et pendant une huitaine de jours il a des rapports sexuels avec elle. Il le regrette aussitôt, en pensant qu'il continue à correspondre affectueusement avec sa femme ; il subit un remords anxieux. Bientôt naît la conviction que cette Polonaise doit être malade ; « elle devient blanche par moment (*sic*), a des vertiges. Après les rapports sexuels qu'il a avec elle il se sent « tout ennervé », il la quitte brusquement mais la retrouve le lendemain.

Bientôt la nuit il sent « quelque chose qui rentre en

lui, c'est un microbe, je ne sais quoi ». Il perd le sommeil. Peu de temps après, des douleurs gastriques immédiatement attribuées à la maladie vénérienne augmentent son angoisse. Il a des crises d'angoisse avec palpitations. Il attribue à la même cause des démangeaisons périnéales et pénienues.

Il est rapatrié, ne parlant plus, ne mangeant plus, avec une pénible anxiété permanente. « Ça m'étouffait, je ne pouvais plus manger ni causer. »

EVOLUTION APRÈS LE RAPATRIEMENT. — A son arrivée, le malade est un peu amélioré. Il demeure triste, l'expression fatiguée et inquiète. Il ne manifeste aucune joie au retour ; pas heureux d'être rapatrié « dans cet état » (*sic*).

Il est hyperémotif, présente un tremblement des membres, du menton ; très suggestible, les bonnes paroles ont une influence immédiatement favorable.

La conviction d'être atteint d'une maladie vénérienne est formelle et s'accompagne de crises d'angoisse, avec réactions hyperthymiques, agitation, crises de larmes, ressemblant à certaines crises pilhialiques. Il n'existe aucun trouble mental.

Des examens urologiques répétés et tous négatifs ébranlent cependant nettement sa conviction.

Deux mois passés dans sa famille exercent une influence très favorable. Le malade à son retour ne présente plus d'idées délirantes fixées, il est bien convaincu qu'il n'a pas d'affections génitales mais il demeure atteint d'un syndrome d'épuisement psychique, il a peu de goût au travail, la lecture est difficile, l'évocation des idées pénible, le sommeil encore difficile.

COMMENTAIRES

L'épisode sexuel en Allemagne n'a agit que comme cause déclenchante de l'état anxieux ; la principale cause a été l'état d'anxiété chronique, l'état nostalgique qui durait depuis le début de la captivité : malaise permanent rendant le malade anormalement sensible à toutes les émotions.

Ces rapports sexuels ont été particulièrement traumatisants, chez ce sujet qui, très attaché à sa femme, ne l'avait jamais trompée et qui aussitôt en a senti le remords et cette anxiété a pris la forme d'un délire hypochondriaque déterminé par les circonstances.

Obs. N° 3. — Soldat M..., 41 ans.

Cultivateur des Deux-Sèvres. Veuf, père d'un enfant. Sans antécédents psychopathiques personnels ou familiaux. Habitudes d'une vie régulière, rangée, sans incidents. Vie de cultivateur aisé, propriétaire d'une importante exploitation. Sujet scrupuleux, honnête. Accent local très marqué.

HISTOIRE DE LA CAPTIVITÉ. — A eu des rapports sexuels avec une Allemande de 24 ans. Quelques temps après, la police s'est emparée de cette dernière, l'accusant d'avoir contaminé un soldat allemand. Aussitôt notre malade a été persuadé qu'elle lui avait communiqué une blennorragie ou bien une autre maladie. Pendant plus d'un an, il ne cesse d'aller à la visite (de janvier 1942 à mars 1943). Les médecins ne veulent pas le croire. Cette blennorragie ne déterminait aucun écoulement, ni de dou-

leurs à la miction. Au-dessus de la verge, par contre, il ressentait une douleur qui montait vers l'abdomen et atteignait l'estomac.

Très déprimé, mais sans avoir présenté de paroxysme aigu, le malade finit par être rapatrié.

AU RETOUR EN FRANCE. — Sujet se comportant normalement, n'ayant rigoureusement aucun trouble mental, si ce n'est la conviction délirante qui persiste. Il a bon appétit, son sommeil est excellent, son état général satisfaisant s'accompagne d'un net embonpoint.

L'examen physique ne décèle absolument rien. La T. A. est à 14-8. La formule sanguine, la numération globulaire, la sédimentation globulaire sont normales.

Il se présenta seulement comme un malade déprimé par une inquiétude permanente. Il demande des soins, des examens, des prises de sang. « Vous avez beau me dire que c'est négatif, je sens bien que ce n'est pas normal. » Il a mal dans le ventre, dans l'estomac, « tout ça c'est quand le sang se pourrit ». Le matin il a la bouche sèche, probablement parce que l'estomac ne fonctionne pas très bien. Il ne tient pas à retrouver sa famille et sa femme « dans cet état ».

Une série d'électro-choes n'amène aucune amélioration. Après ce traitement, il passe 45 jours de convalescence parmi les siens.

Au retour, il n'apparaît nullement guéri. Il a été à la fois content et pas content de ce séjour : Pas content parce qu'il estime que son mal s'aggrave. Il craint de contaminer son enfant.

« Ses urines sont très puantes, très fortes, ses selles infectes, s'il ne se lave pas très souvent la verge il la retrouve garnie de pourriture » (*sic*). « Tout cela vient

du sang qui se gâte. » Son haleine le matin n'est pas comme autrefois, le matin sa langue est couverte de crasse » (*sic*). Il lui semble que ses cheveux tombent beaucoup et au ventre il ressent des douleurs pas ordinaires.

Le malade reste déprimé, nullement revendiquant, plutôt anxieux et suppliant qu'on s'occupe de lui.

Il ne parle jamais de son mal aux camarades par pudeur et souffre de se sentir considéré comme un malade mental.

Une nouvelle série d'électro-chocs n'a pas plus d'effets que la première ; de même un essai de traitement par la scopolchloralose, ni même une nouvelle convalescence de deux mois à passer dans sa famille.

COMMENTAIRES

Ce malade reste toujours un anxieux, un déprimé, son délire est à la base d'anxiété, d'interprétations anxieuses et de cénestopathies. Il ne manifeste aucune tendance à la revendication, pas le moindre caractère commun avec les hypochondriaques revendiquants ou paranoïaques. Le fond est dépressif et demeure tel.

La préoccupation délirante est telle que ce malade oublie les premières émotions et les souffrances réelles de la captivité pour ne penser qu'à cette « contamination » d'où naît, selon lui, tout le mal. Cependant il reste hors de doute que cette inquiétude délirante n'a pu prendre naissance que grâce à l'épuisement émotif, le malaise chronique qu'a certaine-

ment subi ce paysan aisé aux mœurs paisibles et régulières, voyageant peu, lorsqu'il a dû réagir à toutes les émotions de la captivité avec les ressources très limitées de ses habitudes rurales.

Un autre fait est à noter. C'est qu'après un an et demi de durée, ce délire ne manifeste aucune tendance à l'amélioration. Il est parfaitement fixe, systématisé, invariable, demeure à base de dépression anxieuse.

Obs. N° 4. — Soldat K..., 32 ans.

Cultivateur breton du Finistère. Sujet nettement intelligent et assez cultivé. Doux, scrupuleux, air grave et austère, très émotif, très sentimental.

D'une famille de paysans assez vieux, restant très attachés aux habitudes locales. (Emploi de la langue bretonne, costume breton, etc...). Gros attachement entre tous les membres de sa famille. Pas d'antécédents psychopathiques personnels ou familiaux.

HISTOIRE DE LA MALADIE EN ALLEMAGNE. — On connaît du séjour en Allemagne un grand cafard, une oppression chronique s'aggravant, une tristesse à thème nostalgique. Surtout un épisode anxieux et onirique paraît avoir été le comble de l'état d'épuisement émotif subi et qui a motivé le rapatriement. Nous verrons à la fin de cette observation quel a été l'événement causal de ce paroxysme anxieux.

Au camp, il y a eu une grande tristesse avec refus d'aliment, des crises de larmes fréquentes, avec mutisme, des troubles du sommeil, une agitation nocturne de plus en plus marquée, du mentisme nocturne. « Je pensais

trop de choses, ça me travaillait de trop. » « Le cafard extrême est venu petit à petit. »

Puis sont apparus des phénomènes d'anxiété délirante, onirique. La nuit un infirmier allemand était tout près de son lit avec un revolver, il a eu peur, il a crié. Il voit un prêtre avec sa robe blanche passer au milieu des lits sans qu'il ait entendu la porte s'ouvrir ni se fermer. Précédant cet onirisme sont apparus des phénomènes d'hallucinations auditives polymorphes. Il y eut d'une part un écho de la pensée typique, « Tout ce que je pensais était répété... c'est comme si quelqu'un répétait ce que je pensais... c'est comme si vous répétiez ce que je pensais. » Ce phénomène d'écho de la pensée est survenu un mois ou un mois et demi avant l'épisode aigu et a succédé à « beaucoup d'idées noires ».

Au cours de l'onirisme, le malade a aussi entendu les voix de sa famille. Sa mère pleurait, son frère disait : « Il ne reviendra plus. » Les voix de sa famille étaient entendues en langue bretonne alors que sa pensée répétée a toujours été entendue en français.

Le reste de son séjour en Allemagne comporte des alternatives d'anxiété et de calme relatif, des paroxysmes anxieux avec agitation ; il frappe un camarade qui ne lui avait jamais rien dit.

L'écho de la pensée persiste. Il entend aussi des voix qui disent : « Il part, il va partir. »

La nouvelle du départ amène un soulagement passager, une diminution de l'anxiété.

A L'ARRIVÉE DANS LE SERVICE. — Le malade est immédiatement hospitalisé dans le service fermé dès son arrivée du train sanitaire. Il présente de gros troubles du comportement. Il est étendu sur le plancher de sa

chambre, nu, avec son traversin enroulé autour de ses bras. Il tourne sans arrêt en rond, dans le même sens, sans répondre aux questions.

Le lendemain, il est très amélioré, son comportement est normal, il répond bien aux questions, de façon adaptée. Il reconnaît que la veille il présentait un état anormal et estime qu'aujourd'hui il va beaucoup mieux.

On constate l'existence d'un syndrome hallucinatoire auditif. Il entend souvent des voix, elles viennent à son avis de ses idées noires, elles lui disent qu'il ne pourra pas rentrer chez lui, elles lui parlent de sa situation de famille.

Des troubles du sommeil avec mentisme et même par moments des phénomènes oniriques. « Cette nuit j'ai fait le tour de tous les Koumandos, j'ai causé avec tous les patrons, je ne rêvais pas, je n'ai pas dormi une seconde, mais je les entendais rire, je reconnaissais leur rire, leur parler. »

L'existence d'un délire hypochondriaque systématisé, sans douleur morale profonde, l'expression est triste, déprimée en permanence avec une certaine résignation. La conviction qu'il a une maladie vénérienne est absolue. Il prétend l'avoir contractée en Allemagne au cours de rapports sexuels avec une femme. Nous verrons plus loin qu'il est probable qu'il ne dit pas la vérité.

Il s'approche d'un air humble et d'une voix un peu timide, inquiète, souffreteuse, demande si l'on ne pourrait pas faire encore une analyse: il a peur d'avoir encore des microbes. Les urines sont encore un peu jaunes.

En d'autres moments, plus convaincu, il est plus impératif, parce que plus anxieux. « Vous savez aussi

bien que moi ce qu'il y a, je vois loin devant moi, c'est pitié à voir, pitié à voir, je vous assure. »

Un mois après son arrivée, il est encore inquiet. Certaines nuits, il ne dort pas du tout. Il craint que son frère ne soit resté là-bas pour que lui ait pu repartir. Il est peu satisfait de partir en convalescence car « il aura besoin de soins chez lui ».

Il passe cependant deux mois chez lui sans incidents. A son retour il paraît encore préoccupé de son urétrite. Il craint « qu'elle ne soit tombée dans les parties ». A une semaine d'intervalle, il est revu deux fois dans le service d'urologie sans être rassuré. Mais il n'entend plus de voix, il se rend compte « que le fait de croire qu'on devinait sa pensée n'existait pas véritablement ».

Après un nouveau séjour chez lui, le malade est revu en mars 1944. La conviction pénible d'avoir quelque chose aux voies urinaires persiste. Dans sa famille, son comportement a été à peu près adapté ; son retour au Val est marqué par l'aggravation de l'anxiété et la reprise des hallucinations. Il entend dire que « ce n'est pas la peine qu'on s'occupe de lui, qu'il est pourri, qu'il va crever comme une bête, que tout ce qui est fait est inutile ».

Une série de six électro-chocs fait disparaître le paroxysme anxieux, le malade n'entend plus de voix. Mais la portion du délire systématisée et fixée à la personnalité demeure invariable. La conviction n'est nullement ébranlée.

Au mois de mai, le malade retourne chez lui entouré de sa famille qui s'est opposée à tout internement et qui déclare pouvoir assurer une surveillance continue.

Quelques semaines après, le docteur M. BACHET reçoit au Val-de-Grâce la lettre suivante du malade :

« Monsieur le Docteur,

« Je suis bien rentré chez moi, voilà déjà plus d'une
« semaine. J'ai repris le travail, c'est la seule consola-
« tion que j'ai. Au moins quand je suis occupé je ne
« pense à rien. Ce qui m'étonne, Docteur, en Allemagne,
« tous les prélèvements étaient positifs et ici en France
« on n'a rien trouvé, et pourtant je vous assure que je
« sens l'odeur de la bête que j'ai violée ; je rougis de
« honte à vous l'écrire, mais il faut que vous sachiez
« pour vous rendre compte à quel point je suis malheu-
« reux. Ne croyez pas, Docteur, que c'est une nouvelle
« crise que j'ai parce que je vous dis cela, non, c'est
« plus fort que moi, il faut que je le dise à quelqu'un
« et c'est vous mon unique confesseur. Si seulement je
« pouvais m'en débarrasser, combien je serais heureux
« de pouvoir revivre et refaire ma vie. Sinon je mènerai
« une vie de renégat haï et délaissé de tout le monde
« jusqu'au jour où j'aurai assez de la vie. Renseignez-
« moi, tout espoir de guérison n'est peut-être pas perdu.
« J'ai souvent entendu dire : « Avec les grands maux,
« les grands remèdes. » N'employez pas les demi-re-
« mèdes.

« Recevez, Monsieur le Docteur, l'hommage de mon
« profond respect. »

K...

« P.-S. — J'espère que ma lettre ne tombera pas
dans d'autres mains que les vôtres. »

COMMENTAIRES

La cause de cette psychose a été la captivité. Les phénomènes nostalgiques ont été intenses dès le début et se sont aggravés progressivement. L'inadaptation a déterminé l'anxiété épuisante. Ceci est parfaitement dans les règles étiologiques des troubles de la captivité. Ainsi qu'il ressort du travail du docteur M. BACHET sur la *Nostalgie et les psychoses nostalgiques* (1), ces phénomènes d'inadaptation poussant à l'anxiété sont particulièrement fréquents chez les Bretons et chez les gens du Nord, pour des raisons tenant au caractère ethnique, à l'emploi du dialecte, à la grande fidélité aux coutumes, à la vie en cercle restreint, au caractère très sensible, hyperémotif de ces gens.

Ainsi que l'a montré le docteur BACHET, toutes ces manies étiologiques avaient été déjà signalées par les médecins au Premier Empire, LARRAY, PERCY, LAURENT, BEGIN, ainsi que par leurs élèves dans leurs études sur les psychoses nostalgiques des armées en campagne. La prédominance de ces troubles chez les Bretons a frappé tous les auteurs qui l'ont signalé sans exception.

Ce n'est donc pas un hasard si le docteur BACHET trouve dans ses statistiques sur 120 malades, 16 originaires du département du Finistère, ce qui est certainement très élevé en comparant cette proportion

(1) M. BACHET. Ouvrage inédit.

avec celle des prisonniers originaires de ce département.

L'épisode aigu est donc réactionnel à l'épuisement émotif de la captivité, mais il y a eu une cause occasionnelle de nature sexuelle qui va donner la tonalité, la couleur au thème délirant qui suivra puisqu'elle détermine une agression émotive chronique : le remords. Cet acte de bestialité aurait certainement été insuffisant hors de l'épuisement émotif de la captivité à produire tous ces phénomènes pathologiques.

Les phénomènes pathologiques au début présentent un double caractère. Le premier est de former un ensemble auquel on ne peut accorder de substantif précis de classification banales. En effet, on y rencontre un état dépressif nostalgique avec repliement, mutisme, mentisme nocturne, troubles du sommeil ou écho de la pensée absolument neutre, athématique, une anxiété chronique et paroxystique, des hallucinations auditives thématiques témoins de l'anxiété, un état onirique des plus net avec idées de persécution, hallucinations visuelles, les unes neutres, les autres terrifiantes (chez un sujet qui, avant la captivité, était parfaitement sobre). Il ne s'agit donc pas ni de mélancolie, ni de confusion mentale type Chaslin ; les seuls diagnostics amenant à ces cas sont d'une précision beaucoup plus modeste : on peut parler d'état polymorphe ou d'état dépressif atypique.

Ceci est, ainsi que l'a montré le docteur BACHET, le début presque constant de toute psychose de captivité, qu'elle laisse une séquelle neurasthénique, un

délire explicatif avec phénomène d'automatisme mental, un simple écho de la pensée réactionnel, ou bien des troubles du courant de la pensée et du langage, ou des phénomènes cataleptiques. Et l'autre caractéristique de ce début aigu est ainsi d'être commun à presque tous les syndromes mentaux qui ramènent en France le captif.

C'est un début qui est peu classifiable par son ensemble, mais qui est formé de symptômes qui, pris un à un, sont bien nets, bien précis, et qui, pour la plus grande part d'entre eux, témoignent d'un état d'épuisement (céphalée, mentisme, troubles du sommeil, irritabilité, troubles vaso-moteurs, bouffées anxieuses aux moindres petites causes (1), puis la confusion mentale, l'onirisme, ses formes dégradées, enfin l'écho de la pensée neutre indépendant, les hallucinations agressives faisant corps à la fois et avec l'anxiété et avec l'onirisme).

En somme, ce sont des troubles formés de signes assez précis, parfaitement réactionnels et assez fidèlement retrouvés chez les rapatriés, mais qui n'entrent guère au point de vue nosographique que dans la catégorie des états polymorphes.

En ce qui concerne les troubles présentés de façon chronique par notre malade après l'épisode aigu.

(1) Voir les travaux d'EXNER, de BING et VISCHER, sur la maladie des barbelés, les travaux sur l'hyperémotivité chronique des soldats de la guerre 14-18 (GILLES, LÉPINE, VOIVENEL, BENON, etc...). Enfin les travaux sur la nostalgie déjà cités.

même difficulté pour lui trouver une place conforme aux habitudes nosologiques : il ne s'agit assurément pas d'un mélancolique, ni d'un neurasthénique, ni d'un de ces hypochondriaques paranoïaques revendiquants ; notre malade n'évolue pas non plus vers un état schizophrénique. Il présente de multiples hallucinations ne survenant guère que lors des paroxysmes anxieux, hallucinations thématiques en rapport avec le délire anxieux, hallucinations olfactives du même ordre et parfois tendance à l'écho de la pensée, cependant il n'est pas un halluciné persécuté, il ne présente pas de délire explicatif, il ne présente pas non plus d'affaiblissement avec un délire paranoïde.

Pour le définir vraiment, il faut recourir à l'énumération des notions étiologiques d'une part, des symptômes cliniques d'autre part. Et, ce faisant, nous pourrions caractériser ce malade en résumant ainsi ses symptômes et son histoire.

A présenté au cours de la captivité un état dépressif chronique dû à l'inadaptabilité aux circonstances de la captivité et de type nostalgique. N'a pu ensuite supporter le remords causé par un acte de bestialité. Anxiété chronique avec paroxysmes aigus suivie de phénomènes d'épuisement, à savoir : mentisme, troubles du sommeil, écho de la pensée, onirisme avec hallucinations visuelles et auditives, les unes thématiques, hyperanxieuses, les autres neutres. Paraît en outre avoir présenté à l'arrivée en France des phé-

nomènes d'automatisme moteur au sens de de Clérambault.

Ces phénomènes ont eu pour séquelles un délire hypochondriaque de remords dont l'anxiété basale paraît dépendre de l'épuisement psychique. Délire systématisé sur un thème hypochondriaque et présentant au cours des paroxysmes anxieux des phénomènes hallucinatoires, hallucinations olfactives, auditives, émancipation de la pensée anxieuse.

Cette émancipation de la pensée anxieuse paraît elle-même sous la dépendance de l'épuisement organo-psychique, puisque celui-ci s'est avéré capable de produire au début de cette maladie le phénomène neutre de la pensée entendue.

Le malade suivant présente avec K... de nombreux traits communs.

OBS. N° 5. — (1) Soldat F..., 38 ans.

MODE DE VIE ET HABITUDES ANTÉRIEURES. — Facteur des P.T.T. A toujours vécu dans la proche banlieue de Paris. Apparaît après sa guérison intelligent, possédant une bonne instruction primaire. N'a jamais présenté de troubles mentaux ni même d'accès dépressifs lors des événements fâcheux. Ouvrier orfèvre jusqu'en 1927, a dû abandonner ce métier du fait du chômage. Avait fait son service militaire sans tristesse ni réaction nostalgique. Menait une vie simple et régulière, extrêmement attaché aux membres de sa famille. Son unique enfant

(1) Observation publiée et commentée dans le mémoire du D^r BACHET sur *Nostalgie et Psychoses nostalgiques*.

était âgé de quelques mois à la déclaration de guerre. Il est scrupuleux, consulte sa femme pour prendre toute décision, même de peu d'importance.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le départ en 1939 bouleverse son existence et est accepté avec une grande tristesse et de noirs pressentiments. Mais dans son régime il s'adapte rapidement et accomplit toute la guerre sans dépression.

La captivité lui est, dès le début, très pénible, sans nouvelles des siens, avec une alimentation insuffisante. Après quelques mois, ces conditions s'améliorent et il sera employé jusqu'à sa maladie dans des exploitations agricoles.

A chaque moment, il a été triste malgré des camarades agréables, malgré le bien-être relatif dont il bénéficiait. Pensant sans cesse à sa famille, préoccupé par son enfant qu'il connaissait à peine, inquiet par les annonces des bombardements de la région parisienne, s'isole et ne profite pas des quelques moments de liberté qu'on lui accorde. « J'aurais pu sortir librement dans le village, je ne l'ai jamais fait, c'était pour moi sans intérêt. » En 1942, son inquiétude s'aggrave et il présente un petit épisode hypochondriaque, prélude avancé de l'orage qui devait suivre : très impressionné par un furoncle de la cuisse, fatigué par l'insomnie et la douleur, il fut absorbé après la guérison par la pensée que « la plaque rouge devait être partie dans le sang ». A la fin de cette période, il constate qu'il ne peut plus suivre le texte d'un livre ou d'un journal, incapable d'en assimiler le thème.

Néanmoins, ce n'est qu'au début de 1944 que le malade fait débiter ce qu'il appelle « son grand cafard ».

Il découvre qu'il urine 7 à 8 fois par jour au lieu de 3 à 4 fois. Cette découverte semble avoir suivi la pratique de l'onanisme, laquelle provoque la crainte de réveiller une blennorragie guérie depuis 1931. Il est bientôt convaincu qu'il ne peut rentrer en France qu'avec cette blennorragie et n'osera plus revoir sa famille de ce fait. Il consulte le médecin allemand du Kommando qui semble ne pas l'avoir compris et qui le renvoie sans soins. L'angoisse augmente, bientôt délirante, ne rencontrant nulle logique pour l'arrêter : « il a la tuberculose, la peste, il n'ose aller à la selle car tout son sang s'échapperait bientôt par l'anus ». L'insomnie est presque complète.

A l'hôpital, les troubles s'aggravent d'autant moins qu'il a pour voisins des malades atteints d'affections graves ; l'un d'eux meurt sous ses yeux. Un délire interprétatif de type mélancolique se constitue : on le considère comme pestiféré, contagieux, les camarades parlent de lui, tout est dirigé de manière à répandre des vapeurs autour de lui afin d'éviter qu'il contamine. Des camarades en jouant aux dames font un bruit pas ordinaire, un infirmier remue un seau de façon bizarre, près de lui un autre camarade tourne intentionnellement les pages d'un livre, toutes manœuvres dirigeant vers lui les vapeurs désinfectantes.

Ces vapeurs, il les sent parfaitement, à tous les moments, quand les filles de salle balaient avec des balais désinfectants, quand on lui donne à manger il reconnaît le goût des drogues désinfectantes. Passe la nuit assis sur son lit dans la crainte d'être tué, avec le seul objet qui puisse lui servir d'arme, son peigne.

On lui annonce qu'il va rentrer en France, il n'en croit rien. Le voyage de retour est marqué par un paroxysme anxieux; il essaie de se suicider et présente à son arrivée une plaie linéaire superficielle du poignet. Tous ceux qui voyagent avec lui sont de la 5^e colonne. Il sait qu'ils vont le tuer, mais ils ne le dépouilleront pas et il jette hors du wagon les quelques objets précieux qu'il possède.

A l'arrivée au Val-de-Grâce, il est parfaitement convaincu qu'il se trouve toujours en Allemagne. D'un air grave, la parole énergique, allant droit au but malgré quelques soupirs, il annonce qu'il sait qu'il est condamné à mort. Il va payer les fautes qu'il a faites. Il essaiera de voir la mort de près, il nous offre son corps pour racheter les fautes qu'il a commises. S'il n'est pas condamné à mort, pourquoi tout cela contre lui, ces vapeurs qu'il respire, qu'il sent parfaitement même depuis qu'il est ici.

A l'arrivée de sa famille, il refuse de les reconnaître, s'éloigne d'eux. Mais cette attitude dure peu, bientôt il se livre aux expansions avec une grande crise de larmes. Après quelques heures passées dans cette joie il apparaît moins inquiet, reconnaît qu'il n'a pas fait de fautes graves, qu'il n'est pas condamné à mort, qu'il est bien à Paris.

Néanmoins, il sent bien que tout le monde est contre lui, on lui envoie les mêmes vapeurs. Même sa famille se protège par ces émanations qui lui pénètrent jusque dans l'estomac. Plus tard, il nous expliquera ainsi cet épisode : « Quand j'ai revu ma famille, j'ai cru qu'il s'agissait de gens qu'on avait maquillés. Je ne pouvais croire que c'était bien eux. Petit à petit, je me suis rendu

compte qu'il s'agissait bien d'eux, je leur ai alors demandé comment ils étaient venus en Allemagne pour me voir : plus tard seulement, j'ai admis que j'étais à Paris ».

Les jours suivants, bien qu'un peu amélioré, il est en proie aux mêmes idées délirantes, sa propre famille évite la contagion en employant les vapeurs qu'il sent ou en mêlant des produits à son repas. Dans le service, il se livre pendant qu'un malade chante, à une curieuse gesticulation qu'il expliquera plus tard : « Il m'était absolument impossible de ne pas faire aller mes bras et mes jambes en rythmant sa chanson et puis ça été la tête, le tronc, les épaules ; quand il s'arrêtait, je m'arrêtais aussi. Ces mouvements de danse me fatiguaient mais pour les empêcher il fallait que je me raidisse tout à fait avec un effort très pénible ».

Enfin, pendant deux soirs seulement, il est surpris par un autre phénomène : « Un malade qui était à l'autre bout de la salle répétait tout ce que je pensais. Il ne me disait pas d'injures, rien de désagréable, mais j'entendais tout ce que je pensais répété par lui. Je regardais un oiseau, j'entendais dire : « il voit un oiseau ». J'essayais de lire, le copain disait : « Il veut lire mais il ne peut pas y arriver ». Une fois je me suis excusé près d'une infirmière parce que je croyais qu'elle avait entendu ce que je pensais. Ce phénomène ne dura que deux jours pendant lesquels il n'avait d'ailleurs lieu que le soir. Il fut neutre et athématique, jamais injurieux ni menaçant. Il disparut sans laisser aucune trace.

Après une permission de cinq jours, le malade rentre considérablement amélioré. Les odeurs ont disparu, il

reconnaît le caractère pathologique de ses convictions. « J'ai dû me forger des idées. » Il nous avouera plus tard que pendant les trois premiers jours de cette permission il trouvait dans ses aliments le goût des médicaments que sa femme y ajoutait. En tout cas, après cinq jours, l'anxiété semble avoir parcouru en sens inverse la même progression que lors de sa marche ascendante car la seule inquiétude qui persiste a trait à l'abondance des mictions comme au début de sa maladie.

Revu après un mois, le malade apparaît parfaitement guéri. L'observation pendant quatre mois montra la parfaite qualité de cette guérison.

COMMENTAIRES

Ce malade présente avec le précédent (K...) une ressemblance frappante au point de vue de l'étiologie de son état, au point de vue de la série des symptômes présentés et du polymorphisme du tableau réalisé, seule l'évolution fut différente puisque chez lui les émotions du retour firent disparaître la maladie, alors que chez K... il n'y eut qu'une simple amélioration des phénomènes aigus.

Analogie étiologique comme chez K... En effet, F... a dès le début un « grand cafard » renforcé par de multiples inquiétudes ; dès le début il présente un état nosologique générateur d'anxiété, d'hyperémotivité, de troubles du sommeil, de mentisme. Dès 1942, la tendance de cet état à réagir aux émotions physiques par l'hypochondrie : « il craint que son furoncle ne soit passé dans le sang ».

Le paroxysme, comme chez K..., reconnaît une cause occasionnelle génitale : la masturbation suivie de la crainte de réveiller une blennorragie très ancienne.

Au point de vue clinique, le paroxysme que le malade appelle « son grand cafard » présente des symptômes polymorphes tous dus à l'épuisement, symptômes précis mais dont l'ensemble ne correspond à aucun état bien défini et ne peut être envisagé que sous les discriminations d'état polymorphe ou d'état dépressif atypique.

Nous trouvons à peu près les mêmes symptômes que chez K..., certains sont moins accentués, ce qui explique sans doute l'évolution plus favorable. Epuisement psychique et impossibilité de la lecture, idées délirantes par paroxysmes anxieux de type mélancolique, par bouffées anxieuses, hallucinations auditives et olfactives sous la dépendance absolue de l'anxiété, phénomènes oniriques avec terreurs nocturnes un peu comme chez certains alcooliques (chez un sujet parfaitement sobre avant la guerre), délire interprétatif où l'élément mélancolique semble s'effacer devant le thème de persécution, autre création de l'anxiété ; enfin phénomène d'écho de la pensée extrêmement net auquel nous avons eu la chance d'assister puisqu'il a eu lieu au décours du paroxysme dans le service même du Val-de-Grâce.

Cet écho de la pensée était neutre, absolument athématique, avec commentaire des actes. Le camarade au fond de la salle répétait tout ce que le

malade pensait et lorsque celui-ci regardait un oiseau disait « il regarde un oiseau », etc. Or, il survenait au milieu d'autres phénomènes produits par l'anxiété et eux d'emblée délirants, hallucinations olfactives et gustatives, interprétations de types mélancolique. Donc, ces hallucinations auditives auraient eu de bonnes raisons pour être agressives ; elles le seraient devenues croyons-nous si l'amélioration n'avait pas eu lieu, en tout cas elles ne le devinrent pas et cette parfaite neutralité de l'écho au milieu, au cours d'une anxiété qui avait le pouvoir de déclencher des hallucinations olfactives, gustatives, une foule d'interprétations prouve la possibilité d'une autonomie absolue de cet écho, est un argument de plus pour le considérer comme un symptôme parfaitement organique d'épuisement.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Les états hypochondriaques paraissent assez fréquents au cours des troubles mentaux provoqués par la captivité. Certains évoluent rapidement vers la guérison, cependant un certain nombre restent longtemps fixés et sur un nombre de 68 malades ne s'améliorant pas après un an de retour en France, on trouve sept cas avec état délirant hypochondriaque fixé (1).

Les idées hypochondriaques surviennent à tous les stades de l'état anxieux chronique de la captivité. En 1941, un grand nombre d'entre eux ont eu pour cause la grande dénutrition imposée aux prisonniers français avant leur répartition dans les kommandos et l'arrivée des colis. Cette dénutrition a duré de quatre à six mois pour la majorité des prisonniers. Pour d'autres, elle a été plus longue, en particulier pour ceux qui ont subi des sanctions, séjours dans les prisons allemandes, camps disciplinaires, Ravaruska, Tarnopol, etc...

Ces sujets se voyaient maigrir, souffraient du froid, parfois présentaient des œdèmes de dénutrition, voyaient certains de leurs camarades s'affaiblir plus

(1) Docteur M. BACHET : *Nostalgie et Psychoses nostalgiques*.

encore et contracter une affection pulmonaire de mauvais augure, ils ont conçu des inquiétudes légitimes pour leur santé.

Il en est de même des prisonniers qui ont été soumis à certains travaux de mine, de carrière, d'usines où le bruit était accablant, et qui avant de présenter une confusion mentale, des phénomènes oniriques, ont subi non seulement un épuisement moral, mais aussi un épuisement physique. Les inquiétudes sur leur avenir, sur leur santé, ont pu avec une certaine légitimité intervenir dans leur anxiété.

Or, tous ces malades ne semblent guère présenter d'état délirant hypochondriaque. Ils reviennent avec des séquelles de confusion, un onirisme quelquefois persistant, un état d'épuisement neurasthénique, quelquefois des hallucinations chroniques, mais ne semblent guère fixer leur hypochondrie de façon précise.

Il semble bien que ce soit les épisodes émotifs sexuels qui aient le pouvoir de fixer l'hypochondrie dans un sens délirant chronique. Chez R..., il s'agissait de rapports sexuels normaux, puis de masturbation ; chez K..., d'un acte de bestialité ; chez F..., de masturbation ; chez C... et chez M..., de rapports sexuels normaux. Dans tous les cas, ces actes ont été commis comme à regret, sans joie, même les rapports sexuels normaux n'ont pas été suivis de la satisfaction orgueilleuse d'une conquête, mais de phénomènes de remords ou même directement d'inquiétude hypochondriaque.

Mais ils n'avaient pas suffi à eux seuls à provo-

quer cette évolution délirante, l'épuisement émotif chronique dû à la captivité, la « nostalgie » pour reprendre le terme ancien, a préparé le terrain. Ceci est particulièrement net chez deux malades, K... et F... Chez ces deux soldats, en effet, les phénomènes nostalgiques ont été intenses, chroniques, générateurs de crises de larmes, de mentisme, puis d'anxiété et de tous les phénomènes d'épuisement psychiques.

Au cours des paroxysmes que ces deux malades ont présenté, les phénomènes d'onirisme étaient marqués comme au cours des intoxications. Dans les deux cas l'écho de la pensée, transitoire mais très net, s'ajouta par son caractère neutre et athématique aux faits, et montra l'origine par épuisement de ces phénomènes.

Chez les malades R... et C..., l'épuisement émotif n'a pas abouti à des phénomènes confuso-oniriques, mais il n'en est pas moins net chez ces deux sujets. La réaction nostalgique fut pénible et de longue durée. Le malade R... avait présenté avant la guerre une authentique blennorragie soignée et guérie à Saint-Louis sans aucun épisode dépressif, ce qui montre bien qu'il a fallu la dépression émotive de la captivité.

Chez le malade M..., on ne peut que soupçonner cette dépression antérieure au délire. Elle paraît cependant bien avoir existé chez ce paysan scrupuleux, timoré, aux habitudes paisibles et régulières, particulièrement inadaptable aux émotions de la servitude.

CONCLUSIONS

Comme au cours des anciens syndromes de nostalgie, les états hypochondriaques sont fréquents chez les rapatriés d'Allemagne pour troubles mentaux.

Ceux qui nous ont paru être particulièrement fixés sont provoqués par une expérience sexuelle qui semble être accomplie à regret par des sujets déjà déprimés.

Ce délire n'est possible que grâce à l'épuisement psychique antérieur, déterminé par l'émotion chronique due elle-même à l'inadaptabilité du sujet aux conditions de la captivité.

Aussi il est possible de le voir parfois associé à d'autres conséquences de cet épuisement psychique, dont les phénomènes oniriques et l'écho de la pensée. Mais sa curabilité ne semble nullement fonction de l'intensité de ces phénomènes associés.

Dans un certain nombre de cas il semble se fixer, n'est influencé ni par le traitement par électro-choc, ni par le retour du malade dans sa famille. Mais il reste dépressif, anxieux, jamais quérulant. Il peut aboutir au suicide.

Vu : *le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

Vu : *le Président de Thèse,*

GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ZIMMERMAN. — Traité de l'expérience en général et en particulier dans l'art de guérir. Paris, 1817.
- CULLEN. — Eléments de médecine pratique. Paris, 1819.
- BUISSON. — Thèse de Paris, 1818 (n° 226).
- LAURENT et PERCY. — Article « Nostalgie ». Dictionnaire des Sciences médicales, 1819.
- FRAGET. — Traité de médecine navale (tome II), 1832.
- DUBOIS (F.) [D'Amiens]. — Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie, 1833.
- MEYER (E.). — Der Wahnsium Heimweh. (*Deutsche Klinik.*, Berlin, 1855.)
- COLIN (E.). — La mélancolie, 1866.
- PETROWITCH (S.). — Thèse de Paris (n° 310), 1866.
- LABETZKI. — La nostalgie et la neurasthénie. (*Journal de Médecine de Paris*, tome 11, p. 290, 1900.)
- COUTEAUD et GIRARD. — L'hygiène dans la marine de guerre moderne, 1905.
- HESNARD. — La neuro-psychiatrie dans la marine. (*Arch. de Médecine Navale*, 1910.
- LÉPINE (J.). — Troubles mentaux de guerre. Masson, 1917.
- DIDE. — Les émotions et la guerre. Alcan, 1917.

VOIVENEL. — Sur la peur morbide acquise. (*Annales Médico-Psych.*, 1918, t. 1.)

POTET. — Les événements de guerre peuvent-ils être la cause d'états mélancoliques. (*Annales Médico-Psych.*, 29 novembre 1920.)

BING et VISCHER. — Some remarks on the psychology of Internement. (*The Lancet*, 20 avril 1919.)

REGOND. — Névroses et psychoses chez les internés de guerre. (*Arch. Suisse de Neurologie et Psych.*, volume V, fasc. I, 10 juin 1919.)

LAIGNEL-LAVASTINE et CAMBON. — Syndromes psychosthéniques consécutifs aux émotions de guerre. (*S.M.P.*, 26 mars 1917.)
— Psychasthénie acquise. (*S. M. P.*, 30 juillet 1917.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
OBSERVATIONS	15
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	43
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

Imprimerie de Persan-Beaumont
80, avenue Wilson, PERSAN. 80
13.380. - Dépôt légal 1946. - N° 16
